

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

DIPLOMSKA NALOGA

TAMARA TEPIČ

Izola, 2016

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**ZDRAVSTVENA VZGOJA PACIENTA PO
MOŽGANSKI KAPI – ŠTUDIJA PRIMERA**

**HEALTH EDUCATION OF THE PATIENT AFTER BRAIN
STROKE – A CASE STUDY**

Študentka: Tamara Tepić

Mentor: Ester Benko, mag. zdr. neg., pred.

Študijski program: študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega

Izola, 2016

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Tamara Tepić izjavljam, da je:

- predložena diplomska naloga izključno rezultat mojega dela;
- sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženi nalogi, navedena oziroma citirana v skladu s pravili UP Fakultete za vede o zdravju;
- se zavedam, da je plagiatorstvo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah UL št. 16/2007 (v nadaljevanju ZASP) kaznivo.

KLJUČNE INFORMACIJE O DELU

Naslov	Zdravstvena vzgoja pacienta po možganski kapi – študija primera
Tip dela	Diplomska naloga
Avtor	TEPIĆ, Tamara
Sekundarni avtorji	BENKO, Ester (mentorica), / RAVNIK, David (recenzent)
Institucija	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju
Naslov inst.	Polje 42, 6310 Izola
Leto	2016
Strani	VII, 53 str., 2 sl., 45 vir.
Ključne besede	Možganska kap, dejavniki tveganja, zdravstvena vzgoja, medicinska sestra, rehabilitacija
UDK	616.8
Jezik besedila	slv
Jezik povzetkov	slv/eng
Izvleček	Možganska kap je življenjsko ogrožajoče stanje, ki posledično lahko povzroči trajne nevrološke okvare, zaplete in smrt. Namen diplomske naloge je bil na osnovi pregleda literature predstaviti možgansko kap, dejavnike tveganja za nastanek bolezni in predstaviti zdravstveno-vzgojno delo diplomirane medicinske sestre pri obravnavi pacienta po možganski kapi. Na podlagi študije primera smo v empiričnem delu predstavili način življenja pacienta po možganski kapi ter ugotovitve, s katerimi najpogostejšimi negovalnimi problemi se srečuje. Ugotovili smo, da so najpogostejše negovalne diagnoze pri pacientu po preboleli možganski kapi utrujenost, motnje spanja, pomanjkljiva skrb za zdravje, neuravnovešena prehrana, nevarnost padca in nepopolna mobilnost. Ugotovili smo tudi, da je zdravstvena vzgoja uspešna le takrat, ko je pri pacientu prisotna motivacija, saj smo opazili večjo motiviranost po drugem obisku ter upoštevanje navodil zdravega načina življenja. Menimo, da bi boljša ozaveščenost in poučenost ljudi

o dejavnikih tveganja in o preventivnih ukrepih pred možgansko kapjo
najverjetneje bistveno spremenila statistiko števila obolelih.

KEY WORDS DOCUMENTATION

Title	Health education of the patient after brain stroke – a case study
Type	Diploma work
Author	TEPIĆ, Tamara
Secondary authors	BENKO, Ester (supervisor), / RAVNIK, David (reviewer)
Institution	University of Primorska, Faculty of Health Sciences
address	Polje 42, 6310 Izola
Year	2016
Pages	VII, 53 p., 2 fig., 45 ref.
Keywords	Brain stroke, health education, risk factors, nurse, rehabilitation.
UDC	616.8
Language	slv
Abstract language	slv/eng
Abstract	Stroke is a life-threatening condition, which consequently can cause permanent neurological damage, complications and death. The purpose of dissertation is to present a stroke, risks factors for disease and present health-educational work of nurses in the patient after stroke, based on a literature review. On the basis of case studies in the empirical part we present the way of life of the patient after a stroke, and care of the most common problems encountered. We have found that the most frequent nursing diagnoses in a patient after brain stroke fatigue, sleeping disorders, lack of health care due to illness, malnutrition; the risk of falling and imperfected mobility. We have also found that the health education is successful only when the patient motivation is present, because we observed a greater motivation for the second visit and adherence of a healthy lifestyle. We believe that raising awareness and education of people about the risk factors and preventive measures before the stroke definitely change the number of cases in statistic.

KAZALO VSEBINE

KLJUČNE INFORMACIJE O DELU	I
KEY WORDS DOCUMENTATION	III
KAZALO VSEBINE.....	IV
KAZALO SLIK.....	VI
SEZNAM KRATIC.....	VII
1 UVOD	1
1.1 Možganska kap	2
1.1.1 Vrste možgansko-žilnih bolezni	2
1.2 Dejavniki tveganja za nastanek možganske kapi	4
1.3 Opozorilni znaki in simptomi možganske kapi	6
1.4 G.R.O.M.	8
1.4.1 Nujna pomoč pri pacientu z možgansko kapjo	8
1.4.2 Hitrost ukrepanja pri možganski kapi	9
1.4.3 Ukrepi nujne pomoči pri možganski kapi	9
1.5 Zdravljenje akutne možganske kapi	9
1.6 Težave pacientov po možganski kapi	10
1.6.1 Vpliv možganske kapi na telo	11
1.6.2 Vpliv možganske kapi na duševnost	12
1.7 Rehabilitacija pacienta po možganski kapi	13
2 NAMEN, CILJI IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	18
3 METODE DELA IN MATERIALI	19
4 REZULTATI.....	20
4.1 Negovalna anamneza	20
4.2 Družinska anamneza.....	20
4.3 Obravnava pacienta po 11-ih funkcionalnih vzorcih zdravega obnašanja	20
4.4 Načrt zdravstvene nege.....	23
4.4.1 Negovalna diagnoza: Pomanjkljiva skrb za zdravje zaradi bolezni – MK23	
4.4.2 Negovalna diagnoza: Neuravnovešena prehrana, več kakor telo potrebuje (debelost 1. stopnje)	24
4.4.3 Negovalna diagnoza: Utrujenost	25
4.4.4 Negovalna diagnoza: Mobilnost, nepopolna mobilnost I. stopnje	26
4.4.5 Negovalna diagnoza: Spanje, motnje spanja	26

4.4.6	Negovalna diagnoza: Strah pred ponovitvijo bolezni.....	27
4.4.7	Negovalna diagnoza: Nevarnost padca.....	28
5	RAZPRAVA.....	29
6	ZAKLJUČEK.....	32
7	VIRI.....	33
	POVZETEK.....	37
	SUMMARY.....	38
	ZAHVALA.....	39
	PRILOGA.....	40

KAZALO SLIK

Slika 1: Opozorilni znaki za možgansko kap	7
Slika 2: Slikovni prikaz kratice G.R.O.M	8

SEZNAM KRATIC

MK Možganska kap

SZO Svetovna zdravstvena organizacija

EU Evropska unija

SZO Svetovna zdravstvena organizacija

TIA Transitorna ishemična ataka

IMK Ishemična možganska kap

SAK Subarahnoidna možganska krvavitev

1 UVOD

Možganska kap je življenjsko ogrožajoče stanje, ki posledično lahko povzroči trajne nevrološke okvare, zaplete in smrt. Predstavlja glavni vzrok invalidnosti pri odraslih pacientih v ZDA in Evropi (EU) in je drugi najpogostejši vzrok smrti po vsem svetu (Švigelj, 2006a).

Možganska kap pa ne predstavlja samo klinični, temveč je tudi javnozdravstveni problem. Ker njena pojavnost s starostjo strmo narašča, jo spremlja tudi velika smrtnost. Na nastanek možganske kapi vplivajo številni dejavniki, med katerimi so pomembni tudi socialnoekonomski razlogi. Njene kronične posledice obremenjujejo poleg posameznika še njegovo ožjo okolico ter celotno družbo (Šelb Šemerl, in Šelb, 2013).

Zaradi možganskožilnih bolezni danes v svetu trpi 15 milijonov ljudi, od tega v EU 4 milijoni, vsako leto pa na novo zboli 1,2 milijona ljudi (Wolf-Maier in sod, 2003). V Sloveniji se v zadnjih letih zaradi možganske kapi letno zdravi okoli 4400 prebivalcev, približno 2.200 jih umre (Šelb Šemerl in Šelb, 2013). Možganska kap predstavlja v Sloveniji tretji najpogostejši vzrok smrti med starejšimi ženskami do 64 let (Šelb Šemerl in Nadrag, 2010).

Prezgodnja smrt, invalidnost, zmanjšanje socialnega delovanja, stroški nege ter zmanjšana produktivnost pomenijo za paciente z možgansko kapjo in njihove svojce veliko breme (Žvan, 2012).

Ogroženost ljudi za razvoj možganske kapi narašča z večanjem števila dejavnikov tveganja, ki vplivajo drug na drugega. Kljub velikemu delu na področju primarne preventive možganske kapi, kamor spadata ozaveščenost ljudi o dejavnikih tveganja in zmanjševanje njihovega vpliva, žal, v Sloveniji še vedno beležimo porast števila te bolezni (Tetičkovič in Magdič, 2006).

Pomembno vlogo pri obravnavi pacienta po možganski kapi ima zdravstveno-vzgojno delo medicinske sestre, ki motivira pacienta in njegove svojce za vključevanje v sam proces rehabilitacije. Pomaga jim pri učenju, kako izvesti posamezne aktivnosti, seznaniti jih s pripomočki in njihovo uporabo, pogovori se o prilagoditvah in adaptaciji domačega okolja ter o načinih pomoči, kot so domsko varstvo, patronažna služba in pomoč na domu (Kokot, 2011).

1.1 Možganska kap

Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju SZO) je možgansko kap (v nadaljevanju MK) opredelila kot klinični sindrom, za katerega je značilen nenaden žariščni nevrološki izpad, ki traja več kot 24 ur in je žilnega vzroka. Ta opredelitev vključuje tudi možgansko kap zaradi znotraj možganske krvavitve oziroma hemoragične možganske kapi, in možgansko kap zaradi možganskega infarkta, ki jo imenujemo tudi ishemična možganska kap. Glede na trajanje simptomov je SZO opredelila še prehodni ishemični napad (TIA), pri katerem pa simptomi trajajo manj kot 24 ur (Zaletel, 2006a).

Prva značilnost možganske kapi je nenaden, hipen nastanek. Možganska kap lahko v trenutku spremeni do tedaj zdravega človeka v invalida, ki je v vsakdanjih opravilih odvisen od tuje pomoči. Ne prizadene le pacienta, temveč predstavlja veliko obremenitev za svojce, zdravstveno službo in zaradi svoje pogostnosti ter velikega ekonomskega bremena tudi za družbo v celoti. Možganska kap nastane praviloma zaradi strdka, ki je zaprl eno od možganskih arterij oziroma njenih manjših vej. Zaradi ugodnih povezav med drugimi neprizadetimi arterijami sosednjih predelov možganov se pogosto zgodi, da možganske celice niso sposobne delovanja, a preživijo toliko časa, da zapora arterije sama po sebi izgine. Takrat možganske celice zopet normalno delujejo in znaki možganske kapi izginejo. Če znaki možganske kapi izginejo znotraj 24 ur, govorimo o prehodni ishemični motnji ali o tranzitorni ishemični ataki (v nadaljevanju TIA). Praviloma je trajanje znakov TIA kratko, od dve do petnajst minut, vendar moramo biti nanje pozorni, saj TIA pogosto napoveduje možgansko kap. Po prepoznavi TIA se lahko z ustreznimi ukrepi pomembno zmanjša možnost za nastanek možganske kapi (Grad, 2006a).

Vsako leto zaradi možganske kapi umre najmanj 1,4 milijona ljudi. Bolezen prizadene predvsem starejšo populacijo, saj so pacienti v povprečju stari nad 70 let, lahko pa prizadene tudi mlajše osebe v srednji ali zgodnji dobi. Incidenca s starostjo narašča, še posebej po 65. letu starosti. Ponovno možgansko kap doživi kar 50–75 % pacientov v starosti 75 let. Zaradi staranja prebivalstva se lahko pričakuje rast števila pacientov z možgansko-žilnimi boleznimi (Hojs Fabjan in Hojs, 2007).

1.1.1 Vrste možgansko-žilnih bolezni

Bobnar in Žvan (2010) opisujeta naslednjo klinično razvrstitev možgansko-žilnih bolezni:

- Nesimptomatične možgansko-žilne bolezni.
- Žariščne možgansko-žilne bolezni.
- Subarahnoidna krvavitev.

Nesimptomatične možgansko-žilne bolezni

Gre za slučajno odkrito zaporo ali zožitev znotraj možganskih arterij in/ali arterij na vratu ter s slikovnimi diagnostičnimi metodami dokazano okvaro možganov, ki je nastala zaradi motnje prekrvavitve. Pri teh pacientih lahko sčasoma opazimo pozabljenost, upočasnjeno gibanje, motnje odmerjanja gibov, omotice in druge znake žilne demence (Pogačnik, 2006).

Žariščna možganska kap

Pri žariščni možganski kapi gre za nenadno nastale žariščne nevrološke izpade, ki trajajo več kot 24 ur in so žilnega oziroma ne-travmatskega izvora. V to skupino uvrščamo ishemično možgansko kap in znotraj možgansko krvavitev (Pogačnik, 2006).

• Ishemična možganska kap

Ishemična možganska kap (IMK) predstavlja od 70–80 % vseh možganskih kapi. Pogosti vzrok je zgora možganske arterije zaradi strdka, ki se pojavi v sami žili, ali pa iz srca pripotuje po arterijah. Možganska kap je lahko posledica zmanjšane krvnega obtoka, ki nastane zaradi hude zožitve velike arterije. Do nastanka arterijskega strdka pride najpogosteje zaradi srčne embolije, embolizma velikih žil (bolezen velikih arterij), zapor malih žil (bolezen malih arterij), infarkta zaradi drugih vzrokov, infarkta nejasnega vzroka (kriptogeni). Ateroskleroza je najpomembnejši bolezenski proces, pri čemer pride do okvare velikih arterij. V bolezenskem procesu ateroskleroze ima pomembno vlogo vnetje žilne stene. V primeru, da nastane v takšni žili strdek, se lahko del strdka odtrga ter potuje po arterijah, kar privede do zamažitve manjše možganske arterije in posledično do možganske kapi. Pri mlajših pacientih z možgansko kapjo, ki so mlajši od 50 let, je potrebno pomisliti tudi na redke vzroke, kot so: prolaps mitralne zaklopke, vnetna žilna bolezen, raztrganina arterije, sindrom Moyamoya, fibromuskularna displazija, idr. (Zaletel, 2006b).

• Znotraj-možganska krvavitev

Znotraj-možganska krvavitev je spontana nepoškodvena krvavitev v možganskem parenhimu. Utrpi jo približno petina pacientov z možgansko kapjo. Med možgansko-žilnimi boleznimi je znotraj-možganska krvavitev vzrok za največjo smrtnost in povzroča hudo oviranost (Ožek, 2012).

Je druga najpogostejša oblika kapi, saj predstavlja 15–30 % vseh MK in ima tudi višjo smrtnost. Bolezen prizadene ljudi vseh starosti, predvsem pa odrasle in starejše. Pojavi se med aktivnostjo, kar je navadno povezano s povišanjem krvnega tlaka ter pretoka krvi skozi možgane. Spontana intraakrualna krvavitev je dvakrat pogostejša od subarahnoidne krvavitve (Strojnik, 2010).

Žvan in Zupanc (2005) delita znotraj-možganske krvavitve še na:

- krvavitev v možganske prekate,
- krvavitev v možgansko snov.

Najpogostejši vzrok je dolgotrajna, slabo urejena arterijska hipertenzija, ki okvari žilno steno manjših možganskih arterij. Redkejši vzroki so žilne nepravilnosti, kot sta arterijsko-venska malformacija ter motnje v strjevanju krvi (Švigelj, 2006a).

Subarahnoidna možganska krvavitev

Subarahnoidna krvavitev (v nadaljevanju SAK) pomeni vdor krvi v subarahnoidni prostor osrednjega živčevja, ki ga izpolnjuje cerebrospinalni likvor (Bobnar in Žvan, 2010). Najpogostejše so spontane krvavitve iz anevrizemsko spremenjenih žil. Anevризme so lokalno omejene razširitve možganske arterije, ki so najpogostejše vrečaste ali okrogle oblike, stena v takšni razširitvi je zmanjšane kakovosti, manj elastična, tanjša in zaradi tega lahko privede do razpoka takšne lokalne žilne malformacije (Tetičkovič, 1993).

1.2 Dejavniki tveganja za nastanek možganske kapi

Znani so številni dejavniki tveganja za možgansko kap. Delimo jih na dejavnike tveganja, na katere lahko vplivamo, dejavnike tveganja, na katere ne moremo vplivati ter na skupino vedenjskih dejavnikov tveganja (Hojs Fabjan in Hojs, 2007).

Ogroženost za razvoj možganske kapi narašča z večanjem števila dejavnikov tveganja, ki vplivajo drug na drugega. Kljub velikemu delu na področju primarne preventive MK, kamor spadata ozaveščenost o dejavniki tveganja ter zmanjševanje njihovega vpliva, pa v Sloveniji še vedno beležimo porast števila te bolezni (Tetičkovič in Magdič, 2006):

Dejavniki tveganja na katere ne moremo vplivati

Tetičkovič in Magdič (2006) opisujeta naslednje dejavnike tveganja za nastanek MK, na katere nimamo vpliva: starost, spol, rasna pripadnost, majhna porodna teža ter družinska obremenjenost. Včasih je veljalo, da je najmočnejši dejavnik za možgansko-žilne bolezni starost. Danes je znano, da se tveganje za možgansko kap po 55. letu podvoji za vsako naslednje desetletje. Po podatkih Nacionalnega inštituta za varovanje zdravja (v nadaljevanju NIJZ) RS v zadnjih letih zboleva za možganskim infarktom vse več žensk, pri moških pa je vse pogostejša možganska krvavitev. Vse večji pomen pripisujejo tudi dednosti v razvoju ateroskleroze. Dokazane so tudi dedne motnje v presnovi holesterola, prav tako je dokazana tudi dednost nekaterih drugih dejavnikov, kot so krvni tlak, debelosti in sladkorna bolezen. (Tetičkovič in Magdič, 2006).

Bolezni kot dejavniki tveganja

So dejavniki tveganja, na katere lahko vplivamo z zgodnjim začetkom zdravljenja ter nadaljnjim skrbnim zdravljenjem. V to skupino spadajo predvsem arterijska hipertenzija, bolezni srca, zvišane maščobe v krvi ter sladkorna bolezen:

- **Bolezni srca** so same po sebi dejavnik tveganja za možgansko-žilne bolezni. Predvsem tiste, pri katerih nastajajo krvni strdki, ki lahko v danem trenutku s krvnim pretokom dospejo v možganske arterije ter z žilno zaporo povzročijo možgansko kap. Na prvem mestu so to pacienti z umetnimi srčnimi zaklopkami, pri katerih je potrebno uvesti antikoagulantno zaščito. Pri mlajših pacientih so lahko vzrok prirojene nepravilnosti srčnih zaklop. Do možganske kapi pa lahko privede tudi ishemično popuščanje srca (Tetičkovič in Magdič, 2006).
- **Hiperlipidemije** so presnovne motnje, pri katerih pride do povečane koncentracije maščob v krvi. Priporočljiva vrednost holesterola v krvi je manj kot 5,2 mmol/l. Vrednosti holesterola nad 6,5 mmol/l izrazito povečajo tveganje zaradi možgansko-žilnih bolezni. Priporočljiva vrednost trigliceridov v krvi je manj kot 1,7 mmol/l, holesterola HDL zaščitni pa nad 1,4 mmol/l pri moških ter nad 1,7 mmol/l pri ženskah. Zlasti ogrožujoč dejavnik tveganja za MK je hiperlipidemija v prisotnosti arterijske hipertenzije in sladkorne bolezni (Tetičkovič in Magdič, 2006).
- **Sladkorna bolezen** je trajna motnja presnove, za katero je značilno povišanje krvnega sladkorja zaradi nezadostnega delovanja insulina. O bolezni govorimo, če je vrednost krvnega sladkorja na tešče 7,0 mmol/l ali več. Ločimo dve vrsti sladkorne bolezni, ki se razlikujeta po nastanku in poteku. Sladkorna bolezen tipa 1 se pojavi pri mladostnikih, ki so življenjsko odvisni od insulina ter sladkorna bolezen tipa 2, ki jo ima 90 % vseh pacientov s sladkorno boleznijo in se navadno odkrije v poznejši starostni dobi. Skoraj $\frac{3}{4}$ pacientov s sladkorno boleznijo umre zaradi srčnih ter možgansko-žilnih bolezni (Tetičkovič, 2007).
- **Arterijska hipertenzija** je najbolj razširjen in najpogostejši dejavnik tveganja za možgansko-žilne bolezni. V Evropi ima to bolezen 44 % prebivalcev ter v Sloveniji skoraj 50 % (Tetičkovič in Magdič, 2006).

Slabe razvade kot dejavniki tveganja

Gre za skupino dejavnikov tveganja, na katero lahko vplivamo, jo zmanjšujemo ali v celoti odpravimo. Tetičkovič in Magdič (2006) v nadaljevanju opisujeta nekaj najpogostejših dejavnikov tveganja, na katere lahko sami vplivamo in se na ta način poskušamo izogniti nastanku bolezni:

- **Prevelika telesna teža – debelost**

Stanje prehranjenosti ocenjujemo z indeksom telesne mase (ITM), ki pomeni razmerje med telesno težo ter kvadratom telesne višine. Vrednost ITM 18,5–24,9 pomeni normalno prehranjenost, 25–25,9 debelost prve stopnje, 30,0–39,9 debelost druge stopnje ter 40 ali več izredna debelost. Vzrokov za debelost je

lahko več, vendar je najpomembnejši ter osnovni ravnovesje med zaužito in porabljeno energijo. Temu ravnovesju pripomore nepravilna in nezdrava prehrana ter pomanjkanje telesne aktivnosti (Tetičkovič in Magdič, 2006).

- **Telesna neaktivnost**

Redna telesna aktivnost je pogoj za zdravo življenje in ne predstavlja le pogoja pri skrbi za normalno telesno težo. Telesna aktivnost ohranja ustrezno telesno težo, ugodno vpliva na krvni obtok, na presnovo maščob ter sladkorja, poleg tega deluje sproščujoče in ohranja samozavest (Tetičkovič in Magdič, 2006).

- **Kajenje** bistveno prispeva k hitrejšemu razvoju možgansko-žilnih bolezni. Presnovki nikotina namreč poškodujejo notranji sloj žilne stene, zvečana količina ogljikovega monoksida v krvi zmanjšuje količino razpoložljivega kisika v žilni steni, ima neugoden vpliv na mehanizem strjevanja krvi ter zmanjšuje koncentracijo zaščitnega holesterola HDL. Tveganje za možgansko-žilne bolezni pri kadilcih je 6-krat večje kot pri nekadilcih, opustitev kajenja pa zmanjša tveganje za 50 % (Tetičkovič in Magdič, 2006).
- **Prekomerno uživanje alkohola** in kajenje povečujeta viskoznost krvi, zaradi česar lahko privede do MK. Pri možganskih krvavitvah igrajo pomembno vzročno vlogo koagulacijske motnje, ob prisotni jetrni okvari ter z alkoholizmom sprožena arterijska hipertenzija (Tetičkovič in Magdič, 2006).
- **Stres** je dejavnik tveganja, ki se mu človek v današnjem času težko izogne. Poleg vpliva na povečane vrednosti serumskih maščob privede stres do aktiviranja angiotenzinskega sistema, ki povzroča zvišanje krvnega tlaka (Tetičkovič in Magdič, 2006).

1.3 Opozorilni znaki in simptomi možganske kapi

MK se običajno pojavi po predhodnih opozorilnih znakih, ki se lahko pojavijo posamično ali pa jih je več v nizu ter se po moči razlikujejo. Ti simptomi možganske kapi so (Konte, 2009):

- Motnje zavesti, ki se lahko pokažejo kot zmedenost ali pa privedejo do kome.
- Delna ohromelost obraza, ki se kaže kot povešen ustni kot in iztekanje sline.
- Motnje govora, ki se lahko kaže kot nerazločen govor, nesposobnost govora, razumevanja in poimenovanja.
- Nenadna vrtoglavica z motnjami ravnotežja.
- Gibalne motnje v enem ali več udih, ki se lahko kažejo v delni ali popolni ohromelosti ene strani telesa. Če so prizadeti udi na levi strani je okvara v desno možganski polovici in obratno.
- Glavobol, rdečica ali bledica obraza.
- Hropeče dihanje.
- Epileptični napad.
- Motnje vida.

- Senzorične motnje, ki se kažejo kot mravljinčenje, neobčutljivost na dotik ali bolečino.
- Navzgor ali vstran obrnjene oči.

Znaki in simptomi MK se pojavijo v teku nekaj minut ali ur in se redkeje razvijajo daljši čas. Kažejo se v motnjah delovanja možganov, ki jih uravnava okvarjeni predel. Pri hudih okvarah lahko hitro nastopi koma in smrt, pri blagih pa so znaki komaj opazni (Grad, 2006b).

Možganska kap je možganska bolezen, ki nastane kot posledica motnje krvnega obtoka v možganih. Možgani so popolnoma odvisni od stalnega pritoka kisika in s hranili obogatene krvi, ker sami nimajo nobene energetske rezerve, kot npr. mišice. Prav zaradi tega motnja možganskega krvnega obtoka v hipu povzroči motnje delovanja tistih funkcij oziroma organov, ki so pod nadzorom prizadetega dela možganov.

Simptomi možganske kapi so odvisni od predela, ki ga prehranjuje določena možganska arterija. Če je prizadet tisti del možganov, ki nadzira gibanje, motorični del, se bo pri pacientu pojavila mišična oslabeledost ali ohromelost, kar imenujemo pareza (v primeru, da lahko vsaj malo giblje) in plegija (kadar gre za popolno ohromitev). Najpogostejša in tudi najopaznejša pa je prizadetost okončin. Pri pacientu najpogosteje oslabilta zgornja in spodnja okončina na eni strani telesa – hemipareza, oziroma pri popolni ohromitvi – hemiplegija. Zelo opazna je prav tako oslabeledost obraznih mišic, kar je prikazano s povešenim kotom ustnic. Kadar je prizadet center za govor, pacient ne bo znal govoriti. Center za govor leži v glavni – prevladujoči polobli velikih možganov. Prevlado ene od polobel se lahko določi glede na ročnost. Pri desničarjih je prevladujoča leva možganska polobla, ker gre za križanje motoričnih ukazov iz možganov, pri levičarjih pa je prevladujoča desna možganska polobla. Pri desničarjih je v levi polobli center za govor, pri levičarjih pa v desni možganski polobli. Posamezne opozorilne znake, ki po navadi trajajo le nekaj minut, je potrebno vedno jemati zelo resno, kajti prav ti znaki lahko pomenijo prehodno pretočno motnjo ali TIA, kar praviloma napoveduje možgansko kap. Vrtoglavica sama po sebi ne kaže na možgansko kap, če pa so zraven prisotni še drugi simptomi, kot so: motnja govora, dvojni vid idr., pa obstaja možnost, da gre prav za možgansko kap v področju zadnje možganske cirkulacije (Grad, 2006b).



Slika 1: Opozorilni znaki za možgansko kap (Maribor24.si, 2015)

1.4 G.R.O.M.

G.R.O.M. je kratica, ki jo uporabljamo za osveščanje laičnega prebivalstva ob nenadnih pojavih znakov akutne možganske kapi (Švigelj in Žvan, 2012).

Prizadetega človeka, ki je obolel za akutno možgansko kapjo, se najlažje prepozna po simptomih, ki jih povzema kratica G.R.O.M. (Švigelj in Žvan, 2012):

- **GOVOR** (nerazumljivo izražanje, nerazumevanje besed).
- **ROKA** (delna ali popolna ohromelost telesa, negibnost udov, motnje občutka po polovici telesa).
- **OBRAZ** (asimetrija obraznih potez s spuščnim ustnim kotom, nezmožnost zapiranja veke, asimetrija nasmeha).
- **MINUTA** (čim hitrejša prva pomoč).



Slika 2: Slikovni prikaz kratice G.R.O.M (Možganska kap info, 2012)

1.4.1 Nujna pomoč pri pacientu z možgansko kapjo

Običajno pri pacientu na terenu ni težko prepoznati nevroloških izpadov, ki kažejo na MK. Ne more se pa na terenu odločiti, ali gre za MK zaradi zamažitve žil ali zaradi krvavitve (Bornstein, 2009).

Pacienta je nujno do prihoda nujne pomoči takoj položiti na ležišče z rahlo dvignjenim vzglavjem ter odstraniti vse, kar bi ga lahko tiščalo ali stiskalo. V primeru, da je pacient nezavesten, ga je potrebno obrniti na bok. Če uporablja zobno protezo, mu je le-to potrebno odstraniti, da se prepreči zadušitev (Greer, 2010).

Po prihodu v bolnišnico pacienta najprej pregleda nevrolog ali internist, da izključi morebitne druge nevrološke vzroke za okvaro. Opravi se računalniška tomografija, s katero se lahko ugotovi že razširjena možganska kap, krvavitev oziroma ishemična

možganska kap, ki se lahko zdravi s trombolizo. Če ima pacient urejen krvni tlak in normalne izvide krvnih preiskav, ki se opravijo pred trombolizo, lahko pričnejo s trombolitičnim zdravljenjem, to je topljenje strdka, ki traja približno eno uro. Pacient prejme v veno 10 % celotnega odmerka zdravila v eni minuti, preostalih 90 % pa teče počasi v obliki infuzije. Obvezno se ves čas spremlja srčna frekvenca ter krvni tlak, zdravnik pa ocenjuje nevrološke znake. Ena uro po opravljeni trombolizi se ponovno ocenijo znaki možganske kapi, ocena se ponovi po 24-urah in po sedmih dneh. Po treh mesecih pa se oceni uspeh zdravljenja (Weeb et al., 1998).

1.4.2 Hitrost ukrepanja pri možganski kapi

Možgansko kap je potrebno obravnavati enako hitro kot srčni infarkt ali hudo telesno poškodbo. Očividec mora takoj aktivirati urgentno službo, ki mora pacienta kar najhitreje odpeljati v ustrezno zdravstveno ustanovo.

Moramo se zavedati, da ima pacient zelo malo časa, zato je zelo pomemben čas ukrepanja. Če obstaja še tako majhen sum na možgansko kap, pa naj to opazi pacient, svojec ali mimoidoči, je potrebno takoj poklicati nujno medicinsko pomoč 112 in pacienta v čim krajšem možnem času odpeljati na urgenco (Švigelj, 2011).

1.4.3 Ukrepi nujne pomoči pri možganski kapi

V primeru možganske kapi je potrebno takoj poklicati reševalce na 112. Pacienta je potrebno položiti v posteljo, če je to mogoče, mu odpeti srajco in razrahljati ovrtnik. Vzglavje se podloži z blazino in odstrani zobno protezo. Pacientu se ta čas ne daje jesti in piti. Če je prizadeti nezavesten, se ga namesti v bočni položaj in se vzdržuje prosta dihalna pot. Pripravi se medicinska dokumentacija, seznam pacientovih zdravil ter se zabeležijo podatki, kot so: točen čas nastanka prvih znakov možganske kapi, ali je prišlo do izgube zavesti, nastanka krčev, kateri udi so bili prizadeti, kakšne bolezni je imel pacient pred kapjo, ali je v zadnjem času pacient utrpel poškodbe glave, ali je že kdaj imel možgansko kap ter katera zdravila je prejemal pred tem (Steinke in Hennerici, 1998).

1.5 Zdravljenje akutne možganske kapi

Pacient, ki je utrpel možgansko kap, mora nemudoma dobiti zdravniško oskrbo. Čakanje ali odlašanje lahko prizadetemu povzroči zelo veliko škodo, trajno škodo ali celo smrt. Akutno možgansko kap se zdravi glede na vrsto kapi (Švigelj, 2006b).

1.5.1 Zdravljenje ishemične možganske kapi

Oblika vzorčnega zdravljenja ishemične možganske kapi je tromboliza, pri kateri se z intravenoznim vbrizgavanjem zdravila alteplaza poskuša raztopiti žilno zaporo. Tromboliza se opravi pri pacientih, ki so sprejeti v bolnišnično oskrbo zaradi

možganske kapi v prvih 4,5 urah po nastopu prve nevrološke simptomatike, pri katerih z računalniško tomografijo izključi možnost možganske krvavitve pa tudi že vidne obsežnosti prizadetosti možganovine. V kasnejšem obdobju raztapljanje strdka ni več možno (Baruca, 2012).

Poznamo tudi mehansko trombektomijo, ki jo navaja Baruca (2012) in se izvaja, če tromboliza ni bila uspešna oz. je bila le delno uspešna. Zato se v nekaterih primerih odločajo za mehansko odstranitev strdka s posebej za to prirejenimi katetrskimi sistemi. Najbolj znana sta katetrska sistema Merci in Penumbra. V obeh primerih se katetrski sistem uvede preko femoralne arterije v dimljah in s pomočjo vodila pod rentgensko kontrolo potuje do mesta zapore. Izsledki raziskav so pokazali, da se lahko z obema sistemoma doseže ponovno prehodnost žile, tudi po več kot šestih urah od začetka prvih znakov ishemične možganske kapi. Žal pa pogosto pride do t. i. reperfuzijske krvavitve na mestu sprostitve žilne zapore (Baruca, 2012).

1.5.2 Zdravljenje možganske krvavitve

Kakor ugotavlja Švigelj (2003) učinkovite terapije znotraj možganske krvavitve ni. Primarno zdravljenje je simptomatsko, izid zdravljenja pa po navadi slab. Simptomatsko zdravljenje je usmerjeno na zniževanje krvnega tlaka in predpisovanja ozmotskih diuretikov, učinek teh ukrepov pa je vprašljiv.

1.5.3 Zdravljenje subarahnoidne možganske krvavitve

Zdravljenje subarahnoidne možganske krvavitve variira glede na osnovni vzrok krvavitve in obseg poškodbe možganov. Tako zdravljenje vključuje ukrepe za ohranitev življenja, preprečevanje zapletov, lajšanje simptomov in vzdrževanje krvaveče žile. Pacient ostaja hospitaliziran 10 do 14 dni po subarahnoidni možganski krvavitvi. Pacient je nameščen na oddelku za intenzivno nego, da lahko osebe nadzoruje morebitne ponovne krvavitve in znake morebitnih drugih zapletov. Pacient med tem dobiva analgetike za lajšanje glavobolov, lahko pa prejme tudi antikonvulzivna zdravila, ki preprečujejo epileptične napade (Ožek, 2012).

1.6 Težave pacientov po možganski kapi

Pri možganski kapi nastopijo težave, ki so lahko dolgotrajne in vplivajo tako na telo kot na duševnost pacienta. Težave, ki se pojavijo po možganski kapi, so zelo različne. Odvisne so od obsežnosti okvare in prizadetega mesta (Kogoj, 2007).

1.6.1 Vpliv možganske kapi na telo

Posledice možganske kapi se razlikujejo od človeka do človeka glede na vrsto, težo in lokacijo možganske kapi. Vsako področje možganov je odgovorno za določeno funkcijo, saj so izredno kompleksni. Ko pride do okvare določenega področja, se pojavi poškodba, ki lahko povzroči izgubo normalnih funkcij določenega dela telesa. Poškodba možganov včasih povzroči nezmožnost opravljanja določenih ali vseh aktivnosti ali pa celo trajno invalidnost (Wexner Medical Center, 2013):

- **Posledica okvare na velikih možganih**

Prednji in vrhnji del lobanje zasedajo veliki možgani. Odgovorni so za nadzor gibanja, mišljenja, govora, pomnjenja, spolne funkcije in regulacijo čustev. Razdeljeni so na levo in desno hemisfero. Glede na to katero področje možganov je bilo prizadeto, je lahko prizadetih ena ali več telesnih funkcij, kot so prehranjevanje in požiranje, vid, govor, zaznamovanje in orientacija v okolici, gibanje, kognitivne sposobnosti sposobnost samooskrbe, nadzorovanje črevesja in mehurja, nadzor čustev in spolna aktivnost (Wexner Medical Center, 2013).

- **Posledice možganske kapi na malih možganih**

Mali možgani ležijo pod in za velikimi možgani proti zadnjemu delu lobanje. Mali možgani prejemajo senzorne informacije od telesa preko hrbtenjače in pomagajo pri koordiniranju nadzorovanja in delovanja mišic, koordinaciji ravnotežju in finih gibih. Možganska kap v malih možganih je zelo redka, so pa posledice toliko hujše. Te so lahko (Dodd Hall Rehabilitation, 2011):

- težave s koordinacijo in ravnotežjem (ataksija),
- omotica, slabost, glavobol in bruhanje,
- težave govora in vida.

- **Posledica možganske kapi v možganskem deblu**

Možgansko deblo se nahaja na samem dnu možganov, nad hrbtenjačo. Kontrolira vitalne in telesne funkcije, kot so: dihanje, krvni tlak, srčni utrip. Možgansko deblo pomaga nadzorovati glavne živce, ki sodelujejo pri gibanju oči, govoru, žvečenju, sluhu in požiranju. Posledice kapi v možganskem deblu povzročajo težave pri (Wexner Medical Center, 2013):

- vidu in zavesti,
- žvečenju, požiranju in govoru,
- ravnotežju in koordinaciji,
- šibkosti in ohromelosti vseh štirih udov,
- regulaciji temperature telesa,

- dihanju in srčni funkciji.

Pri kapi v možganskem deblu je smrt zelo pogosta.

1.6.2 Vpliv možganske kapi na duševnost

Posledice možganske kapi se kažejo kot spremembe v pacientovi osebnosti, čustvovanju, samopodobi prizadetega in kot težave pri spolnosti:

- **Spremembe v osebnosti**

Po možganski kapi so spremembe v osebnosti redke, a pogosto zelo moteče za svojce. Po možganski kapi nekateri pacienti niso več iste osebe. Način njihovega čutenja in razmišljanja ter odzivanja so lahko spremenjeni. Pacienti lahko postanejo zmedeni, sebični, razdražljivi, ne sodelujejo in hitro menjavajo razpoloženja. Lahko so občutljivi, vzkipljivi in se težje privajajo na spremembe (Stroke Recovery Association, 2013).

- **Spremembe v čustvovanju**

Spremembe v čustvovanju so neločljive spremljevalke možganske kapi. Prepletajo se čustva (strah, bes, jeza, dvom, žalost, upanje). Spreminja se pacientovo razpoloženje, dogaja pa se tudi, da pacientu uhaja nadzor nad njegovim izražanjem. Značilna sprememba po možganski kapi je povečana čustvena občutljivost, pacienti se prej odzovejo in hitreje vznemirijo (Radonjič-Miholič in Starovasnik Žagavec, 2011).

- **Žalost in depresija**

Kot možna posledica možganske kapi je lahko poglobitev že prej nastale depresije ali celo njen začetek. Pacient se slabo in počasi odziva, je vase zaprt, odklanja hrano in obratno. Pacient lahko na stiske opozarja z bolj ali manj jasno željo po smrti (Radonjič-Miholič in Starovasnik Žagavec, 2011).

- **Anksioznost**

Anksioznost predstavlja skupino motenj, katerih skupna točka je tesnoba. V sedmih dneh po možganski kapi so znaki možganskih motenj celo pogostejši kot depresija. Anksiozne motnje prizadenejo petino vseh pacientov po možganski kapi. Pacienti se pri tem pritožujejo nad nenehno nervoznostjo, mišično napetostjo, potenjem, tesnobo, strahom, tresenjem, vrtoglavico, omotico, razbijanjem srca, bolečinami v prsih, občutkom dušenja, strahom pred smrtjo in strahom pred samim seboj (Kogoj, 2007).

- **Težave pri spolnosti po možganski kapi**

Spolnost po možganski kapi lahko neposredno ovirajo že same posledice bolezni (izguba interesa po spolnosti, težave z erekcijo). Posledicam pa se lahko pridružijo še psihični učinki (strah pred zavrnitvijo, zaskrbljenost pred ponovitvijo bolezni itd.). Nikakor se ne sme zanemariti sprememb čustvovanja in vedenja, ki so po možganski kapi zelo pogosti. Pacient in njegov partner potrebujeta čas, da prepoznata, kakšne spremembe je bolezen prinesla v njuno življenje in da se s tem soočita (Radonjić-Miholič, 2006).

1.7 Rehabilitacija pacienta po možganski kapi

Ključnega pomena pri okrevanju pacienta po možganski kapi je prav rehabilitacija. Rehabilitacija pomaga možganom, da se skozi terapijo reorganizirajo ter na ta način oživijo izgubljene funkcije pri možganski poškodbi. Z rehabilitacijo si maksimirajo svoje možnosti za okrevanje ter v večini primerov pridobijo nekatere izgubljene funkcije po možganski kapi. Po možganski kapi se rehabilitacija začne v zdravstveni ustanovi nato pa se nadaljuje v za to specializiranih ustanovah. Rehabilitacijo izvaja skupina strokovnjakov, v sklopu interdisciplinarnega tima, ki ga sestavljajo: nevrolog, fiziater, medicinska sestra, fizioterapevt, logoped, delovni terapevt, socialni delavec, klinični psiholog in pacient, ki je sestavni in osrednji del tima (Švigelj in Vujičić, 2011).

1.7.1 Zgodnja rehabilitacija

Trajne nevrološke okvare ima 70 % pacientov po možganski kapi. Med temi ostane 20–30 % trajnih invalidov. Zelo pomembno je, da se začne z rehabilitacijskimi postopki že prvi dan, če se želi preprečiti ali zmanjšati oviranost in prizadetost pacienta. Rehabilitacija v prvih dneh je usmerjena v preventivo in preprečevanje komplikacij (Turk, 2002).

Cilji zgodnje rehabilitacije po navedbi Plaskanove (2007) so:

- preprečevanje globoke venske tromboze in respiratornih zapletov,
- spodbujanje aktivnega gibanja in uporabe prizadete strani,
- preprečevanje deformacij,
- vzdrževanje polnega obsega gibljivosti,
- izboljšanje telesne simetrije, drže in ravnotežja,
- izboljšanje kontrole trupa in medenice,
- funkcionalno sporazumevanje,
- samostojnost pri gibanju in vsakodnevnih aktivnostih.

Z rehabilitacijo je potrebno začeti takoj po postavitvi diagnoze in pri klinično stabilnem pacientu. Potrebna je natančna ocena pacientove prizadetosti, kar je ključnega pomena

za postavitev kratkoročnih in dolgoročnih ciljev. Izdelati je potrebno dobro definirane, specifične, merljive dosegljive, realne in časovno omejene cilje, za vsakega pacienta posebej. Med rehabilitacijo je zelo pomembno sproti preverjanje doseženih ciljev, ki jih je občasno potrebno spremeniti ali prilagoditi glede na potek rehabilitacije. Pacientovo nadaljnje okrevanje je potrebno načrtovati že v času zgodnje rehabilitacije. Ocena stopnje pacientove prizadetosti je celostna in zajema ocenjevanje (Horvat Ledinek, 2006):

- zavesti,
- funkcionalne prizadetosti,
- obsega možganske kapi,
- spremljajočih bolezni in ogrožajočih dejavnikov za ponovitev kapi,
- kognitivne in psihične prizadetosti in govora,
- motenj mokrenja in odvajanje blata,
- motenj požiranja,
- prizadetost kože,
- pripravljenost svojcev pri sodelovanju v procesu rehabilitacije.

1.7.2 Ergoterapija

Delovna terapija ali ergoterapija dopolnjuje fizioterapijo s tem, da postavi vplive posledic kapi v središče treninga vsakodnevnega programa. Važne skrbi ergoterapije so (Steinke in Hennerici, 1998): oblačenje in slačenje, nega telesa, uživanje obrokov, opravljanje gospodinjskih opravil, ponovna zaposlitev v poklicu ter oblikovanje prostega časa.

1.7.3 Rehabilitacija govornih motenj

Pomembno je, da se človeka, ki je izgubil govor obravnava celostno. Glas in govor sta v človekovem vsakdanjiku nekaj, kar s pridom uporablja pri sporazumevanju.

Tetičkovič (1993) navaja naslednje cilje govorne rehabilitacije:

- izrabiti še tako minimalne pacientove govorne sposobnosti,
- izrabiti govorne in negovorne komunikacijske kanale v čim bolj normalnih situacijah,
- izrabiti sposobnost pacientovega gestikuliranja in z njim dopolnjevati oralni govor ter povečevati razumevanje,
- uporabiti vizualne simbole kot so pisanje in risanje kot podporo govoru.

Rehabilitacija govora ni ponovno učenje govora, ampak provokacija ohranjenih pacientovih sposobnosti. Vrstni red učenja glasov in besed ni pomemben. Vedno se izhaja iz tega, kar pacient že ima oziroma, kaj mu je najlažje. Vsako besedo ali pojem je potrebno povezati z njegovim pomenom. Na ta način se lahko vsako besedo poveže s

sliko. Vadi se pred ogledalom tako, da lahko pacient posnema motoriko logopedovih in svojih govoril (Tetičkovič, 1993).

1.7.4 Socialna obravnava pacienta po možganski kapi

Svetovalno delo je glavni cilj socialne delavke pri pomoči in iskanju ustreznih oblik podpore in storitev, ki omogočajo vrnitev v domače okolje (pomoč na domu, osebne asistence), ter pomoč pri iskanju ustrezne možnosti namestitve, če oskrba ni mogoča v domačem okolju. Svetovalno delo zajema pomoč pri iskanju in uresničevanju pravic do socialne varnosti in zagotavljanju dostopa do razpoložljivih virov pomoči (denarno pomoč na centru za socialno delo, urejanje pravic do pokojninsko invalidskega zavarovanja po zaključenem zdravljenju preko invalidske komisije, dodatke za pomoč in postrežbo ter oceno telesne okvare (Kokot, 2011).

1.7.5 Psihološka obravnava pacienta po možganski kapi

Psihološko obravnavo potrebujejo prav vsi pacienti po možganski kapi. Psihološka obravnava je specifična in zajema prepletanje diagnostike, psihoterapije in svetovanja – nevropsihološka rehabilitacija. Delo psihologa je usmerjeno na delo s pacientom in njegovimi svojci ter ostalimi bližnjimi, ne smemo pa zanemariti potrebe po delovanju v pacientovem socialnem okolju. Psihološka obravnava poteka na individualni in skupinski ravni. Narava in obseg psihološke pomoči se spreminjata glede na pacientove trenutne zmožnosti in aktualne stiske. Pacienti potrebujejo psihološko obravnavo od samega začetka bolezni pogosto pa tudi po zaključenem zdravljenju in vrnitvi v domače okolje (Radonjič-Miholič in Starovasnik Žagavec, 2011).

1.8 Zdravstveno-vzgojno delo medicinske sestre pri pacientu po preboleli možganski kapi

Zdravstvena vzgoja je del splošne vzgoje ter pomemben dejavnik napredka posameznika in skupnosti. Namen zdravstvene vzgoje je, da bi vsak posameznik in tudi družba sprejeli zdravje za največjo vrednoto, izoblikovali pozitivna stališča do zdravja ter jih v življenju tudi uresničili. Posameznik mora poznati dejavnike, ki pozitivno vplivajo na zdravje, to so telesna dejavnost, zdrava prehrana, duševno ravnovesje in ravnotežje med delom, počitkom in sprostivitvijo (Hoyer, 2005).

Zdravstvena vzgoja je proces, s pomočjo katerega se posameznik in skupine učijo krepiti, ohraniti in uveljavljati zdravje, je torej kombinacija učenja in vzgoje. Zdravstvena vzgoja je prisotna na področju preprečevanja bolezni, pri promociji zdravja, prepoznavanju bolezni in njenega zdravljenja ter pri rehabilitaciji. Vključuje različne oblike komunikacije, namenjene izboljšanju zdravja, pridobivanju novega znanja o zdravju ter prenosu tega znanja o zdravju v vsakdanje življenje (Kvas, 2011).

Z dobro zdravstveno vzgojo pacient pridobi znanje o svoji bolezni, občutek samostojnosti, varnosti, samozavesti ter lahko prepreči nastanek zapletov bolezni, kar mu pomaga izboljšati kakovost življenja (Mori Lukančič, 1999).

Področja zdravstvene vzgoje so na primarni, sekundarni ter terciarni ravni. Primarna zdravstvena vzgoja si prizadeva predvsem za krepitev zdravja in ohranitev zdravja. Medicinske sestre ljudi poučujejo o zdravem načinu življenja in jih opozarjajo na dejavnike tveganja. Sekundarna raven je namenjena rizičnim skupinam ljudi oziroma posameznikom. Ljudi je potrebno naučiti in vzgajati v zvezi z dejavniki tveganja, ki posameznika ogrožajo. Pomembno je, da ljudje te dejavnike tveganja prepoznajo in se znajo pred njimi varovati. Terciarna raven je namenjena vzgoji pacientov za življenje z že nastalo škodo, za preprečevanje povrnitve bolezni ali poslabšanja stanja. Namen zdravstvene vzgoje na terciarni ravni je, da pacienti sprejmejo svojo bolezen kot realni del svojega življenja (Zaletel–Kragelj, Eržen in Premik, 2007).

Medicinska sestra ima pri zdravstveni vzgoji pacientov po preboleli MK pomembno vlogo, saj jih vodi in usmerja k zdravemu načinu življenja, ki je bistvenega pomena. Medicinska sestra si mora prizadevati, da spremeni stališča in vedenjske vzorce pacientov, ki so jih privedli do bolezni. Za doseg ciljev je ključnega pomena prvi stik medicinske sestre s pacientom, ki temelji na spoštovanju pacientovega dostojanstva, osebnosti, enakosti, pravičnosti in doseči sodelovanje, kar ji omogoča vstop v pacientovo okolje. Zdravstveno-vzgojne aktivnosti so namenjene pacientom in njihovim svojcem, kjer gre za ukrepe za zmanjševanje zapletov po MK. Z zdravstveno-vzgojnimi aktivnostmi se želi posameznika usposobiti za polno in bogato življenje z osnovnim obolenjem (Radonjič–Miholič in Starovasnik Žagavec, 2011).

Pomembno je, da se zdravstveno-vzgojne aktivnosti začnejo že v bolnišnici in se nadaljujejo tudi po odpustu, kjer se pacientu svetuje, da upošteva zdrav življenjski slog, ki ga je v obdobju zdravstveno-vzgojnih aktivnostih pridobil. Zdravstvena vzgoja je uspešna le takrat, ko je pri pacientu prisotna motivacija, saj se samo motiviran pacient lahko in želi naučiti spremeniti svoja trenutna stališča in vedenja. Pomemben vpliv na pacienta ima medicinska sestra, ki ga pri tem motivira. O vključevanju zdravega vedenja v zdrav način življenja odloča vsak sam. Naloga medicinske sestre je, da deluje strokovno in pacienta motivira za izbiro zdravega načina življenja. Pri tem izvaja pomembne dejavnosti, kot so: povečanje pacientove zavesti in razumevanje zdravega življenjskega sloga, da komentira, izbira, zavrača, sprejema, deluje ter ga pri vsem tem tudi spodbuja (Hoyer, 2005).

V času zdravljenja in rehabilitacije imajo pomemben vpliv na pacienta vsi zdravstveni delavci, da ga poučijo o zdravem življenjskem slogu, ker se verjetnost za ponovno MK ob zmanjšanju dejavnikov tveganja zniža. Medicinska sestra bo lahko s pomočjo zdravstvene vzgoje poučila pacienta ter bo lahko izvajala aktivnosti za spremembo prehranjevalnih navad, znižanja telesne teže, redno telesno aktivnost, redne kontrole

krvnega sladkorja, holesterola, krvnega tlaka, odvajanje od kajenja ter pri obvladovanju stresa (Švigelj in Vujičić, 2011).

2 NAMEN, CILJI IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Namen diplomske naloge je bil na osnovi pregleda literature predstaviti možgansko kap, dejavnike tveganja za nastanek bolezni in predstaviti zdravstveno-vzgojno delo diplomirane medicinske sestre pri pacientu po možganski kapi. Na podlagi študije primera smo v empiričnem delu predstavili način življenja pacienta po možganski kapi ter ugotoviti, s katerimi najpogostejšimi negovalnimi problemi se srečuje.

Cilji diplomske naloge so:

- Na osnovi pregleda literature predstaviti možgansko kap, podrobneje opisati dejavnike tveganja za nastanek možganske kapi, predstaviti prepoznavo ter oblike zdravljenja ter predstaviti zdravstveno-vzgojno delo medicinske sestre pri obravnavi pacienta po možganski kapi.
- Predstaviti vlogo rehabilitacije pacienta po možganski kapi.
- Na osnovi študije primera predstaviti način življenja pacienta po preboleli možganski kapi.
- Ugotoviti, kateri so najpogostejši negovalni problemi pri pacientu po možganski kapi ter ugotoviti, ali obravnavani pacient po možganski kapi upošteva zdrav način življenja.

V okviru preučevanja področja in v skladu z zastavljenimi cilji želimo odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Ali je pacient po možganski kapi spremenil svoj način življenja?
2. Ali obravnavani pacient pozna dejavnike tveganja, ki vplivajo na nastanek možganske kapi?
3. Kateri so najpogostejši negovalni problemi pri pacientu, ki je prebolel možgansko kap.

3 METODE DELA IN MATERIALI

V raziskavi smo obravnavali 63-letnega moškega, ki je v letu 2014 prebolel možgansko kap. Od končnega bolnišničnega zdravljenja ter rehabilitacije je poteklo dve leti. Predhodno smo pridobili privolitev pacienta za sodelovanje, ter se dogovorili za obisk na njegovem domu. Pacienta smo seznanili z namenom ter cilji raziskave. Pacientu smo zagotovili anonimnost.

3.1 Materiali in metode

V teoretičnem delu naloge smo uporabili deskriptivno metodo dela s študijo domače in tuje literature. V empiričnem delu smo uporabili kvalitativno metodo dela, izvedli smo raziskavo s pomočjo študije primera, v kateri smo obravnavali pacienta po preboleli možganski kapi. Uporabili smo tehniko polstrukturiranega intervjuja, metodo opazovanja ter analizo dokumentacije. Pridobljene podatke smo sistematizirali in analizirali ter na podlagi teh podatkov izpostavili negovalne probleme, zastavili cilje, načrtovali zdravstveno nego ter nazadnje še ovrednotili zdravstveno nego. Izhodišča za intervju so bila povzeta po konceptualnem modelu funkcionalnih vzorcev zdravega obnašanja po Marjory Gordon (Gordon, 2006). Na podlagi pridobljenih podatkov smo izdelali študijo primera.

3.1.1 Postopek zbiranja podatkov

Zaradi upoštevanja etičnih načel smo pred pričetkom zbiranja podatkov pridobili soglasje pacienta, ki je sodeloval v študiji primera. Podatki so bili uporabljeni zgolj v raziskovalne namene. Raziskava je potekala v mesecu maju 2016, v katero je bil vključen pacient po preboleli možganski kapi, ki živi v domačem okolju. Podatke smo dobili s pomočjo polstrukturiranega intervjuja, ki je bil dogovorjen vnaprej in smo ga na pacientovo željo opravili na njegovem domu. Intervju je trajal 3 ure. Po enem mesecu smo pacienta ponovno obiskali, da smo lahko ovrednotili načrt zdravstvene nege.

4 REZULTATI

4.1 Negovalna anamneza

V študiji primera smo obravnavali 63-letnega pacienta I. T. Pacient živi sam v stanovanju v bloku, ki se nahaja v centru mesta. Do upokojitve je opravljal delo pleskarskega tehnika v podjetju, ki ga je vodil sam. Bil je poročen, v zakonu se mu je rodil sin, s katerim pa nista v dobrih odnosih. Žena mu je pred petimi leti umrla zaradi bolezni.

V najstniških letih je začel kaditi, pokadil je do dve škatlici cigaret dnevno. Pove, da je s kajenjem za nekaj časa prenehal po možganski kapi, vendar kar kmalu pričel ponovno kaditi. V preteklosti ni imel večjih resnejših obolenj razen lažjih poškodb, ki so nastale pri delu. Pove, da se pred možgansko kapjo ni nikoli zdravil zaradi arterijske hipertenzije. Pove, da se je po smrti žene veliko spremenilo. V preteklosti sta veliko hodila v hribe, imela sta zdrave in redne obroke, tudi druženja s prijatelji je bilo veliko. Indeks telesne mase (ITM) ima 29,8 (telesna višina 185 cm, telesna teža 102 kg), kar pomeni, da spada v skupino debelosti prve stopnje. Pove, da ima znano alergijo na pik ose. Zanika alergije na zdravila.

Pred dvema letoma (leta 2014) je doživel ishemično možgansko kap. Zdravil se je v bolnišnici, kjer so mu v postopku zdravljenja opravili tudi trombolizo. Od takrat dalje redno jemlje predpisano terapijo, to je Aspirin protect 100 mg, Adalat Oros 30 mg (zdravilo za zdravljenje visokega krvnega tlaka). Zaradi posledic možganske kapi ima hemiparezo leve roke in noge, zato je po odhodu iz bolnišnice odšel na rehabilitacijo v zdravilišče. Vsake šest mesecev pa ima redne kontrole krvnega sladkorja, krvnega tlaka ter maščobe v krvi pri osebnem zdravniku. Doma si pa sam redno meri krvni tlak in sladkor v krvi.

4.2 Družinska anamneza

V družini imajo znano sladkorno bolezen tipa 2 in arterijsko hipertenzijo. Oče je umrl za rakom debelega črevesja, mama pa je umrla za akutnim miokardnim infarktom. Brat ima znano arterijsko hipertenzijo in sladkorno bolezen tipa 2. Sladkorno bolezen tipa 2 je imela tudi pacientova mama.

4.3 Obravnava pacienta po 11-ih funkcionalnih vzorcih zdravega obnašanja

Pacienta smo obravnavali po 11-ih funkcionalnih vzorcih zdravega obnašanja po konceptualnem modelu Marjory Gordon (Gordon, 2006):

- **Odnos do lastnega zdravja – vzorci zdravega obnašanja**

Pacient je mnenja, da bi za svoje zdravstveno stanje moral narediti več kot pa naredi. Po preboleli možganski kapi je sprva prenehal s kajenjem, vendar nekaj časa za tem zopet začel kaditi. Pove pa, da je zmanjšal število pokajenih cigaret na dan, iz dvajset cigaret na deset cigaret na dan. Zaveda se, da bi bilo bolje zaradi njegovega zdravja, da popolnoma preneha s kajenjem, vendar nima motivacije. Skoraj vsak dan se odpravi na sprehod in hodi, vendar se pri tem zelo hitro utruji. Pove, da je večkrat vznemirjen, ko razmišlja o ponovitvi možganske kapi.

Večino informacij o možganski kapi je dobil od zdravstvenega osebja v bolnišnici ter na rehabilitaciji v zdravilišču. Pove, da se trudi upoštevati navodila osebnega zdravnika in medicinskih sester, ampak se občasno še pregreši pri nezdravi hrani, ki se ji še vedno s težavo upre. Predpisano terapijo redno jemlje. Zaupa nam, da po smrti žene uživa alkohol trikrat na teden.

- **Prehrambeni in metabolični procesi**

Pacient čez dan popije približno dva litra tekočine, večinoma vode, trikrat tedensko pa tudi pol litra vina. Pove, da spi 1 skodelico sladkane kave na dan. Dnevno zaužije dva do tri obroke hrane, ki si jo pripravi sam. Največkrat si pripravi hrano iz hladilnika, saj nima volje za kuhanje. Pove, da odkar je žena umrla, pogosto nima ne želje in ne apetita za hrano. Zaveda se, da bi se moral držati zdravnikovih navodil, ampak mu to nikakor ne uspe. Indeks njegove telesne mase je 29,8. Ne navaja nobenih težav s kožo ali z zobmi.

- **Izločanje/odvajanje**

Pacient pove, da z izločanjem nima nobenih težav. Blato izloča vsakodnevno, pri tem ne navaja težav. Ne uporablja nobenih odvajal. Blato je primerne barve in konsistence.

- **Fizična aktivnost**

Pacient pove, da gre skoraj vsak dan na sprehod, vendar zaradi gibalne oviranosti po bolezni ne more veliko prehoditi. Hodi približno 30 minut dnevno. Pri hoji uporablja sprehajalno palico. Pove, da se pri tem tudi zelo hitro utruji. Ob prostem času najraje gleda televizijo. Največ težav ima pri nabavi večjih količin hrane, ker ne more nesti več kot eno vrečko iz trgovine. Pove, da se lahko sam umije, vendar običajno potrebuje pomoč pri spetju las v čop. Pri gospodinjskih opravilih mu večkrat pride pomagat sosed, s katero sta v dobrih odnosih.

- **Počitek/spanje**

Ponoči spi večinoma do 7 ur, vendar se pogosto zbuja. Pove, da občasno, kadar ne more zaspati, vzame tableto za spanje (Sanval). Vsak dan si po kosilu privoščiti čas za počitek.

Pred spanjem rad gleda televizijo ali posedi na balkonu. Meni, da je vzrok za občasno nespečnost tudi strah pred ponovitvijo bolezni in smrtjo.

- **Kognitivni procesi**

Pacient pove, da velikokrat kaj pozabi. To pripisuje svojim letom. Pri sprejemanju novih odločitev premisli, preden se določeno stvar odloči. Pri tem si vzame čas in pretehta pozitivne ter negativne stvari. Meni, da zaenkrat sliši in vidi dobro. Ne uživa nobenih pomirjeval.

- **Zaznavanje samega sebe**

Pacient pove, da je vedno pripravljen pomagati drugim. Meni, da je kljub bolezni dokaj pozitivna oseba in ima svoje življenje še pod nadzorom. Kadar je slabe volje, to poskuša rešiti s pomočjo sprehoda ali s pogovorom s sosedom. Pri pacientu je še vedno prisoten strah, da se bo bolezen ponovila. Pri tem je opaziti njegovo zaskrbljenost in negotovost.

- **Družbena vloga in medosebni odnosi**

Po smrti žene živi pacient sam v stanovanju. V kraju, kjer živi, se počuti dobro in pove, da ima dobre sosedске odnose. Ima enega sina, s katerim pa po smrti žene nimata dobrih odnosov. Ima tudi tri vnuke, ki pa jih prav tako ne vidi, odkar nima stikov s sinom. Zaradi tega je pogosto slabe volje.

- **Spolni – reproduktivni sistem**

Pacient pove, da je vdovec in živi sam. Na naslednja vprašanja ni želel odgovoriti.

- **Obvladovanje stresnih situacij**

Pacient pove, da se ob morebitni nastali težavi najraje pogovori s sosedom, s katerim se videva večkrat na teden. Kadar je mnenja, da se lahko sam sooči s problemom, ne obremenjuje nikogar. Pred dvema letoma je doživel možgansko kap, ki mu je v času hospitalizacije predstavljala velik stres, predvsem ob misli, ali bo še zmožen sam živeti doma. Meni, da bi se mu brez podpore sosedov ter tudi zdravstvenega osebja zelo težko uspelo soočiti s stresom, ki ga je v tistem času doživljal.

- **Vrednostni sistem**

Pacientu je trenutno najpomembnejše zdravje. V prihodnosti si tudi želi ponovno vzpostaviti stik s sinom in njegovo družino. Postavil si je tudi cilj, da bo izgubil nekaj odvečnih kilogramov, saj se zaveda, da bo s tem zmanjšal dejavnike tveganja za ponovitev bolezni. Je krščanske vere in meni, da v veri najde svoj notranji mir.

4.4 Načrt zdravstvene nege

Glede na pridobljene podatke, ki smo jih pridobili s pomočjo ocene stanja pacienta na osnovi 11 funkcionalnih vzorcev zdravega obnašanja po konceptualnem modelu Marjory Gordon, smo izdelali načrt zdravstvene nege ter izpostavili najpomembnejše negovalne diagnoze, ki jih predstavljamo v nadaljevanju.

4.4.1 Negovalna diagnoza: Pomanjkljiva skrb za zdravje zaradi bolezni – MK

Definicija: Nesposobnost, da bi obvladovali aktivnosti v zvezi z obolevnostjo ter nesposobnost za preventivne aktivnosti v zvezi s spremljanjem bolezni (Gordon, 2006).

Vzroki:

- pomanjkljivo znanje o bolezni (stanje po MK) in njenih posledicah,
- občasno pomanjkanje motivacije.

Simptomi/znaki:

- pacient pove, da ne upošteva vseh navodil zdravnika in medicinskih sester,
- kadi do 10 cigaret na dan,
- uživa trikrat na teden alkohol (okoli 500 ml),
- uživa hrano, ki vsebuje veliko maščob,
- ne uživa kuhane hrane,
- navaja utrujenost pri ukvarjanju s telesno dejavnostjo,
- gibalna oviranost po možganski kapi.

Cilji zdravstvene nege:

- pacient bo poučen o možganski kapi ter o njenih posledicah,
- pacient bo bolj dosledno upošteval navodila zdravnika ter medicinske sestre,
- pacient bo seznanjen o možnostih vključitve v delavnice za prenehanje kajenja,
- pacient bo poučen o pomenu zdrave prehrane in o pomenu vsakodnevne telesne aktivnosti,
- pacient bo poučen o posledicah kajenja.

Načrtovane intervencije:

- pacienta poučiti o možganski kapi, predvsem o dejavnikih tveganja za nastanek MK ter o posledicah bolezni,
- pacienta spodbuditi, da še naprej vzdržuje redne vsakodnevne sprehode,
- pacienta poučiti o pomenu zdrave prehrane in vsakodnevne telesne vadbe,
- pacienta motivirati za telesno aktivnost in mu svetovati za vodenje dnevnika o telesni aktivnosti
- pacienta poučiti o škodljivih učinkih kajenja na zdravje,
- pacienta spodbuditi, da vzpostavi ponovno stik s sinom in njegovo družino.

Vrednotenje:

Pacient je poučen o možganski kapi in njenih posledicah ter pozna dejavnike tveganja za nastanek MK. Pove, da kljub utrujenosti, ki je še vedno prisotna, izvaja redne vsakodnevne sprehode, pri čemer mu je še vedno v pomoč sprehajalna palica. Povečal je tudi število obrokov na dan in občasno si tudi skuha kosilo. Zmanjšal je količino obroka hrane ter omejil vnos maščob. S kajenjem cigaret še ni prenehal, se je pa vključil v skupino oz. v delavnice za pomoč pri prenehanju kajenja. S sinom je vzpostavil stik in do sedaj sta se sestala dvakrat.

4.4.2 Negovalna diagnoza: Neuravnovešena prehrana, več kakor telo potrebuje (debelost 1. stopnje)

Definicija: pretirano uživanje kalorične prehrane v odnosu do metaboličnih potreb (Gordon, 2006).

Vzroki:

- neravnovesje med zaužito in potrošeno energijo,
- neupoštevanje zdravega načina življenja,
- preveliki in neredni obroki,
- hitro pripravljena hrana,
- stresne situacije,
- zmanjšana telesna aktivnost,
- zmanjšana motiviranost za pripravo hrane,
- pogosta utrujenost.

Simptomi/znaki:

- pacient uživa nezdravo in hitro pripravljeno hrano,
- dnevno zaužije prevelike količine hrane,
- zaužita hrana vsebuje veliko maščob,
- pri pacientu je izražena debelost 1. stopnje (ITM 27,8).

Cilji zdravstvene nege:

- pacient bo upošteval navodila zdravnika ter medicinske sestre glede zdrave prehrane,
- pacient se bo izogibal prehrani, ki zvišuje vrednost holesterola v krvi,
- pacient bo užival manj mastno in hitro pripravljeno hrano,
- pacient bo zmanjšal telesno težo,
- pacient se bo izogibal obilnim obrokom hrane v večernih urah ter hitro pripravljene hrani,
- pacient bo povečal število obrokov na dan iz dveh na 5 obrokov.

Načrtovane intervencije:

- poučiti pacienta o pomenu zdrave prehrane,
- poučiti pacienta o vzdrževanju redne telesne vadbe, s katero bo znižal telesno težo na normalno telesno težo,
- poučiti pacienta o dejavnikih tveganja prekomerne telesne teže za zdravje,
- svetovati pacientu, da se izogiba obilnim obrokom v večernih urah,
- svetovati pacientu, da zmanjša uživanje mastnih in hitro pripravljenih jedi.

Vrednotenje:

Pacient je poučen o pomenu zdrave prehrane ter tudi upošteva navodila glede zdravih prehranjevalnih navad. Uživa manj mastno hrano in se izogiba hrani, ki zvišuje krvni tlak. Povečal je število obrokov na dan in med njimi se še vedno najde kakšen hitro pripravljen obrok. Pove, da hitro pripravljene izdelke poskuša nadomestiti z zdravimi prigrizki. Po upoštevanju nasvetov mu je uspelo izgubiti sedem kilogramov telesne teže. Pove, da je zelo zadovoljen in motiviran, da nadaljuje s tem spremenjenim slogom življenja dalje.

4.4.3 Negovalna diagnoza: Utrujenost

Definicija: Prevladujoč občutek izčrpanosti, zmanjšana sposobnost za normalne telesne in duševne aktivnosti (Gordon, 2006).

Vzroki:

- pomanjkanje energije in motivacije za izvajanje dnevnih aktivnosti,
- strah pred ponovno možgansko kapjo,
- neustrezne prehranjevalne navade,
- gibalna oviranost po možganski kapi.

Simptomi/znaki:

- pacient pove, da se hitro utruji in čuti potrebo po počitku,
- pove, da potrebuje pri hoji pomoč s sprehajalno palico,
- pove, da je velikokrat pod stresom, ker se boji ponovitve možganske kapi.

Cilji zdravstvene nege:

- pacient se bo počutil spočito,
- pacient bo zmanjšal potrebo po dnevnem počitku,
- pacient bo imel več energije in motivacijo za izvajanje dnevnih aktivnosti,
- pacient bo poučen o tehnikah sproščanja za zmanjševanje stresa,
- pacient bo poučen o zdravi in uravnoteženi prehrani.

Načrtovanje intervencij:

- poučiti pacienta o zdravi in uravnoteženi prehrani,
- poučiti pacienta o učinku vsakodnevne telesne aktivnosti,
- poučiti pacienta o tehnikah za zmanjševanje stresa,
- seznaniti pacienta o možnostih psihološke podpore,
- spodbuditi pacienta, da načrtuje dnevne aktivnosti in jih postopoma povečuje.

Vrednotenje:

Pacient s telesno aktivnostjo nadaljuje, pri tem uporablja sprehajalno palico. Še vedno si vzame čas za počitek po kosilu, vendar potrebuje manj počitka kot prej. Pove, da je vzpostavil stik sinom in je zaradi tega manj pod stresom, kot je bil.

4.4.4 Negovalna diagnoza: Mobilnost, nepopolna mobilnost I. stopnje

Definicija: Nepopolna telesna mobilnost z uporabo ortopedskih pripomočkov (Gordon, 2006).

Vzroki:

- Stanje po možganski kapi.

Simptomi in znaki:

- hemipareza leve roke in noge,
- uporaba sprehajalne palice pri hoji.

Cilji zdravstvene nege:

- pacient bo v mejah svoje zmogljivosti nadaljeval s telesno aktivnostjo,
- upošteval bo navodila, pridobljena na rehabilitaciji.

Načrtovanje intervencij:

- pacienta poučiti izvajati dnevne aktivnosti z oslABLJENO stranjo telesa,
- pacienta poučiti uporabljati prilagojene pripomočke za izvajanje življenjskih aktivnosti.

Vrednotenje:

Pacient nadaljuje s telesno aktivnostjo v mejah svoje zmogljivosti. Pri tem si pomaga z uporabo sprehajalne palice. Še vedno se hitro utruji, vendar meni, da nekoliko manj. Pravi, da je bolj vztrajen pri dnevnih aktivnostih, ker vidi rezultate.

4.4.5 Negovalna diagnoza: Spanje, motnje spanja

Definicija: prekinjeno trajanje in kvaliteta spanja, kar povzroča neugodje in motnje v dnevnih aktivnostih (Gordon, 2006).

Vzroki:

- zaskrbljenost zaradi tveganja ponovitve bolezni,
- pogosto menjavanje ritma spanja.

Simptomi/znaki:

- verbalno poročanje o nespečnosti,
- poročanje o pogostem prebujanju ter o prekinitvah spanja,
- poročila o utrujenosti,
- uporaba uspavalnih tablet,
- pogosto zadrema čez dan,
- občutek pomanjkanja energije za izvajanje dnevnih aktivnosti.

Cilji zdravstvene nege:

- pacient bo naspan in spočit,
- pacient čez dan ne bo utrujen,
- pacient bo imel energijo za izvajanje dnevnih aktivnosti čez dan,
- pacient bo spal šest ur na noč, brez prebujanja.

Načrtovanje intervencije:

- svetovati pacientu tuširanje pred spanjem,
- zagotoviti ustrezno mikroklimo v spalnici,
- ugasniti odvečne luči v sobi pred spanjem,
- svetovati pacientu, da zmanjša počitek preko dneva,
- svetovati pacientu pred spanjem branje knjige.

Vrednotenje:

Pacient je bolj naspan in spočit, kot je bil v preteklosti. Čez dan ni več tako utrujen, še vedno pa si vzame čas za počitek po kosilu, ki je krajši kot prej. Pove, da ima tudi več energije za izvajanje dnevnih aktivnosti. Sedaj spi šest do sedem ur na noč. Zdravil za spanje ne uporablja več.

4.4.6 Negovalna diagnoza: Strah pred ponovitvijo bolezni

Definicija: Občutek ogroženosti iz znanega razloga (Gordon, 2006).

Vzroki:

- stanje po možganski kapi,
- pomanjkanje znanja.

Simptomi/znaki:

- verbalno poročanje o strahu pred ponovitvijo bolezni,

- zaskrbljenost,
- pogosto prebujanje ponoči.

Cilji zdravstvene nege:

- strah pacienta bo odpravljen ali zmanjšan,
- pacient bo poučen o bolezni,
- pacient bo pomirjen in zadovoljen.

Načrtovanje intervencije:

- vzpostaviti zaupljivo komunikacijo in empatičen odnos s pacientom,
- ponuditi psihično oporo pacientu,
- vzpodbujati pacienta, da izraža svoj strah,
- zagotoviti pacientu varnost in dobro počutje.

Vrednotenje:

Strah pri pacientu je zmanjšan. Pove, da je bolj pomirjen in zadovoljen.

4.4.7 Negovalna diagnoza: Nevarnost padca

Vzroki:

- stanje po možganski kapi,
- hemipareza leve noge.

Cilji zdravstvene nege:

- pacient bo uporabljal sprehajalno palico,
- pacient v času obravnave ne bo padel.

Načrtovanje intervencije:

- Poučiti pacienta o dejavnikih tveganja za padce ter o ukrepih za preprečevanje padcev.

Vrednotenje:

Pacient je poučen o dejavnikih tveganja za padce ter o ukrepih za preprečevanje padcev. Pove, da mu je po možganski kapi hemipareza predstavljala veliko težavo, saj večino stvari ni zmozel sam opraviti. Pove, da je sedaj veliko bolje, še vedno pa uporablja palico pri vseh opravilih in hoji. V času obravnave ni padel.

5 RAZPRAVA

Možganska kap pa ni samo klinični, temveč je tudi javnozdravstveni problem. Ker njena pojavnost s starostjo strmo narašča, jo spremlja tudi velika smrtnost. Na nastanek možganske kapi vplivajo številni dejavniki, med katerimi so pomembni tudi socialno-ekonomski razlogi (Šelb Šemerl in Šelb, 2013).

Možganska kap lahko v trenutku spremeni do tedaj zdravega človeka v invalida, ki je v vsakdanjih opravilih odvisen od tuje pomoči. Ne prizadene le pacienta, temveč predstavlja veliko obremenitev za svojce, zdravstveno službo in zaradi svoje pogostnosti ter velikega ekonomskega bremena tudi za družbo v celoti (Grad, 2006a).

Ključnega pomena pri okrevanju pacienta po možganski kapi je rehabilitacija. Z rehabilitacijo si pacienti maksimirajo svoje možnosti za okrevanje ter v večini primerov pridobijo nekatere izgubljene funkcije po možganski kapi (Švigelj in Vujičić, 2011).

Pri obravnavi pacienta po preboleli možganski kapi ima pomembno vlogo tudi medicinska sestra, ki z zdravstveno-vzgojnim delom motivira pacienta in njegove svojce za vključevanje v sam proces rehabilitacije. Pomaga jim pri učenju, kako izvesti posamezne aktivnosti, seznani jih s pripomočki in njihovo uporabo, pogovori se o prilagoditvah in adaptaciji domačega okolja ter o oblikah pomoči, kot so domsko varstvo, patronažna služba, pomoč na domu in drugo (Kokot, 2011).

V diplomski nalogi smo v teoretičnem delu podrobno predstavili možgansko kap, dejavnike tveganja za nastanek bolezni ter predstavili zdravstveno vzgojno delo medicinske sestre pri pacientu po preboleli možganski kapi. V empiričnem delu smo na podlagi študije primera predstavili način življenja pacienta po možganski kapi v domačem okolju ter ugotovitve, s katerimi najpogostejšimi negovalnimi problemi se srečuje. Uporabili smo procesno metodo dela, za oceno stanja obravnavanega pacienta smo si pomagali z 11 funkcionalnimi vzorci zdravega obnašanja po modelu Marjory Gordon (Gordon, 2006). Na osnovi ugotovljenih potreb po zdravstveni negi smo izpostavili najpogostejše negovalne diagnoze in izdelali načrt zdravstvene nege. Na podlagi pridobljenih podatkov smo lahko odgovorili na zastavljena raziskovalna vprašanja.

1. Raziskovalno vprašanje: Ali je pacient po preboleli možganski kapi spremenil svoj način življenja?

Ugotovili smo, da se je pacient po preboleli možganski kapi seznanil z zdravim načinom življenja že v bolnišnici, kasneje pri osebnem zdravniku ter nazadnje še v zdravilišču na rehabilitaciji. Pacient pa kljub spoznanju dejavnikov tveganja za nastanek MK ni prenehal s kajenjem, le zmanjšal je količino pokajenih cigaret. Uživa hitro pripravljeno ter nezdravo hrano. Ugotavljamo, da ima prekomerno telesno težo (debelost 1. stopnje). S telesno aktivnostjo se ukvarja. Pove, da vsakodnevno hodi na sprehode, vendar se hitro utruja.

Poudariti je potrebno, da je zelo pomembno, da ljudje te dejavnike tveganja prepoznajo in se znajo pred njimi varovati. Ugotovili smo, da je zdravstvena vzgoja uspešna le takrat, ko je pri pacientu prisotna motivacija. Ugotovili smo, da pri prvem obisku pacient ni bil motiviran in ni upošteval navodil zdravstvenega osebja, medtem ko smo pri drugem obisku, ki smo ga opravili po enem mesecu, opazili večjo motiviranost ter upoštevanje navodil zdravega načina življenja.

Zdravstveni delavci imajo pomemben vpliv na pacienta, ki je prebolel možgansko kap, in sicer, da ga poučijo o zdravem življenjskem slogu ter o dejavniki tveganja za nastanek bolezni, saj se verjetnost za recidiv ob zmanjšanju dejavnikov tveganja zelo zniža. Medicinska sestra lahko s pomočjo zdravstvene vzgoje pouči pacienta ter izvaja aktivnosti za spremembo prehranjevalnih navad, znižanje telesne teže, redno telesno aktivnost, redne kontrole krvnega sladkorja, holesterola, krvnega tlaka, odvajanje od kajenja ter pri obvladovanju stresa (Švigelj in Vujičić, 2011).

2. Raziskovalno vprašanje: Ali obravnavani pacient pozna dejavnike tveganja, ki vplivajo na nastanek možganske kapi?

Ugotovili smo, da pacient pozna dejavnike tveganja, ki vplivajo na nastanek možganske kapi, veliko jih zna naštet, vendar za večjo spremembo načina življenja ni dovolj motiviran. Pove, da je v zvezi z dejavniki tveganja pridobil veliko informacij od zdravnikov ter medicinskih sester v bolnišnici in kasneje v zdravilišču ter v ambulantni osebni zdravnik, kjer redno opravlja kontrolne preglede. Pove, da so mu v času rehabilitacije veliko pomagali sosedi, saj s sinom takrat ni bil v dobrih odnosih.

Kokot (Kokot, 2011) opisuje, da imajo pri obravnavi pacienta po MK pomembno vlogo zdravstveni delavci, ki pacienta že v bolnišnici motivirajo za spremembo v načinu življenja z namenom preprečitve ponovitve bolezni. Menimo, da je zelo pomembno, da so v času rehabilitacije ob pacientu svojci, ki so mu v podporo in pomoč po preboleli bolezni. Vloga svojcev je predvsem pri spremljanju in spodbujanju pacienta tudi kasneje, ko se vrne v domače okolje po končani rehabilitaciji.

3. Raziskovalno vprašanje: Katere so najpogostejše negovalne diagnoze pri pacientu, ki je prebolel možgansko kap?

S pomočjo študije primera smo ugotovili, da so pri obravnavanem pacientu, ki je prebolel možgansko kap, ključne naslednje negovalne diagnoze: pomanjkljiva skrb za zdravje zaradi bolezni, neuravnovešena prehrana, več kakor telo potrebuje (debelost I. stopnje), utrujenost, mobilnost, nepopolna mobilnost I. stopnje, spanje, motnje spanja, strah pred ponovitvijo bolezni ter nevarnost padca.

Po načrtovanju intervencij ob prvem obisku je pacient zmanjšal število pokajenih cigaret dnevno, iz prvotnih dvajset na deset cigaret in se vključil v skupino za pomoč pri prenehanju kajenja. Spremenil je tudi prehranjevalne navade. Uživa manj mastno hrano, povečal je število obrokov na dan. Po upoštevanju nasvetov glede zdrave in uravnotežene prehrane mu je uspelo izgubiti pet kilogramov telesne teže v dveh mesecih. Še vedno si vzame čas za počitek po kosilu, vendar je počitek krajši, kot je bil v preteklosti. Ponovno je vzpostavil stik s sinom in je sedaj manj obremenjen s stresom kot prej, kar ga je motiviralo za spremembo življenjskega sloga. Spanec se je izboljšal. Sedaj ne potrebuje več tablet za spanje, saj spi nemoteno 6 do 7 ur na noč. Meni, da je k temu pripomoglo ponovno zbližanje s sinom. Pri hoji in drugih opravilih še vedno uporablja sprehajalno palico, vendar je sedaj bolj pazljiv na dejavnike v okolju, ki bi lahko vplivali na nevarnost za padce. Strah pred ponovitvijo bolezni se je pri pacientu zmanjšal, sedaj je bolj pomirjen in zadovoljen. Pove, da je po naši obravnavi bolj pozoren na dejavnike tveganja za padce in ni padel, saj upošteva naše nasvete za urejenost bivalnega okolja.

Po vrednotenju zdravstvene nege smo ugotovili, da je pacient upošteval veliko zdravstveno-vzgojnih nasvetov medicinske sestre ter s tem zmanjšal dejavnike tveganja, ki bi lahko povzročili recidiv za možgansko kap.

6 ZAKLJUČEK

Možganska kap je bolezen, ki lahko prizadene ženske in moške, mlade in stare, bogate in revne. Zmotno je prepričanje, da to ne more doleteti koga izmed nas. Vsak pacient je edinstvena oseba, zato je potrebno pristopiti k njemu individualno in upoštevati njegove posebnosti. Vrnitev v domače okolje in aktivnosti so dolgotrajen proces, ki zahtevajo predvsem motivacijo pacienta kot tudi njegovih svojcev.

Medicinska sestra ima pri zdravstveni vzgoji pacientov po preboleli možganski kapi pomembno vlogo, ker jih vodi in usmerja k zdravemu načinu življenja, ki je bistvenega pomena. Medicinska sestra si mora prizadevati, da spremeni stališča in vedenjske vzorce pacientov, ki so jih privedli do bolezni. Zdravstveno-vzgojne aktivnostmi pripomorejo usposobiti posameznika za polno in bogato življenje z osnovnim obolenjem. Naloga medicinske sestre je, da deluje strokovno in pacienta motivira za izbiro zdravega načina življenja.

Z raziskavo smo ugotovili, da so najpogostejši negovalni problemi pri pacientu po preboleli možganski kapi utrujenost, motnje spanja, prevelik vnos hrane, pomanjkljiva skrb za zdravje zaradi bolezni, nepopolna mobilnost in nevarnost padca.

Menimo, da bi boljša ozaveščenost in poučenost ljudi o dejavnikih tveganja ter o preventivnih ukrepih pred možgansko kapjo najverjetneje bistveno spremenila statistiko števila obolelih. Zato bi pa morale zdravstvene organizacije posvetiti veliko več pozornosti preprečevanju možganske kapi, kar pomeni, da bi preventivno delovale pred nastankom srčnih, možganskih in žilnih obolenj in preventivi srčno-žilnih obolenj, med katere sodi tudi možganska kap.

7 VIRI

- BARUCA, M., 2012. *Sodobni načini vzročnega zdravljenja ishemične možganske kapi*. [spletni vir]. [Datum dostopa 16. 7. 2016]. Dostopno na http://www.zdruzenjecvb.com/clanki/pdf/21Sodobni_nacini_vzrocnega_zdravljenja_ishemicne_mozganske_kapi.pdf.
- BOBNAR, A. in ŽVAN, B., 2010. *Timska obravnava bolnikov z možgansko kapjo*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, str. 15–19.
- BORNSTEIN, NM, 2009. *Stroke – Practical guide for clinicians*. Israel: Tel Aviv Sourasky Medical Center.
- DODD HALL REHABILITATION, 2011. *Effects of Cerebellar Stroke*. The Ohio State University Medical Center [spletni vir]. [Datum dostopa 18. 7. 2016]. Dostopno na <https://patienteducation.osumc.edu/Documents/EffectsCerebellarStroke.pdf>
- GORDON, M., 2006. *Negovalne diagnoze: priročnik*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Antona Drolca, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, str. 7–42.
- GRAD, A., 2006a. Razvrstitev in epidemiologija možganske bolezni. V: TETIČKOVIČ, E. in ŽVAN, B., ur. *Sodobni pogledi na možganske bolezni*. Maribor: Založba Obzorja, str. 13–15.
- GRAD, A., 2006b. Znaki možganski kapi. V: ŽVAN, B. in BOBNAR-NAJŽER, E., ur. *Spoznajmo in preprečimo možgansko kap*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, str. 58–63.
- GREER, DM, 2010. *Acute ischemic stroke*. New Jearsy: John Witey and sons Ltd.
- HOYER, S., 2005. *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, str. 2–3, 7, 110–111.
- HOJS FABJAN, T. in HOJS, R., 2007. Možganska kap in ledvična funkcija. V: TETIČKOVIČ, E. in ŽVAN, B., ur. *Možganska kap – do kdaj*. Maribor: Kapital, str. 47–52.
- HORVAT LEDINEK, A., 2006. Zgodnja rehabilitacija bolnikov po možganski kapi. V: ŠVIGELJ, V. in ŽVAN, B., ur. *Akutna možganska kap*. Ljubljana: Aventis Pharma d. o. o., str. 113.
- KOGOJ, A., 2007. *Duševne motnje po možganski kapi*. Združenje bolnikov s cerebrovaskularno boleznijo [spletni vir]. [datum dostopa 18. 7. 2016]. Dostopno na <http://www.zdruzenjecvb.com/clanki/pdf/10-dusevne-motnje-po-mozganski-kapi.pdf>.

- KOKOT, M., 2011. Socialna obravnava kot most med bolnikom, svojci in širšim okoljem. V: BOBNAR, A. in ŽVAN, B., ur. *Timska obravnava bolnikov z možgansko kapjo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, str. 118.
- KONTE, B., 2009. *Družinski zdravstveni vodnik*: Konvencionalno in alternativno zdravljenje. Ljubljana: Založba mladinska knjiga, str. 556.
- KVAS, A., 2011. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo? V: KVAS A, ur. *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, str. 33–45.
- Maribor24.si. *Ali veste, kako ravnati ob možganski kapi*. [spletni vir]. [Datum dostopa 20. 7. 2016]. Dostop na <http://maribor24.si/slovenija/ali-veste-kako-ravnati-ob-mozganski-kapi/21499>.
- Možganska kap – info*. [spletni vir]. [Datum dostopa 20. 7. 2016]. Dostop na http://mozganska-kap.info/nc/kako_ukrepamo_ob_mozganski_kapi/
- MORI LUKANČIČ, M., 1999. Dokumentiranje in dokumentacija zdravstvene vzgoje. *Obzor Zdr N*; 33(1–2): 117–120.
- OŽEK, B., 2012. Obravnava bolnikov z znotraj-možgansko krvavitvijo v enoti intenzivne terapije. V: ŽVAN, B. in ZALETEL, M., ur. *Akutna možganska kap VII*. Učbenik za zdravnike in zdravstvene delavce. Ljubljana: Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, str. 135–152.
- PLASKAN, L., 2007. Zgodnja medicinska rehabilitacija po preboleli možganski kapi. V: ŠVIGELJ, V. in ŽVAN, B., ur. *Akutna možganska kap II*. Ljubljana: Boehringer Ingelheim Pharma, str. 246.
- POGAČNIK, T., 2006. Razvrstitev možganskožilnih bolezni. V: ŽVAN, B. in BOBNAR-NAJŽER, E., ur. *Spoznajmo in preprečimo možgansko kap*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, str. 23–26.
- PREMIK, M., 1996. Socialnomedicinski vidiki zdravstvene vzgoje. V: *Zdrav Vestn*; 65(1): 1–6.
- RADONJIČ-MIHOLIČ, V., 2006. *Spolnost po možganski kapi*. Združenje bolnikov s cerebrovaskularno boleznijo. [spletni vir]. [Datum dostopa 18. 7. 2016]. Dostopno na <http://www.zdruzenjecvb.com/clanki/pdf/spolnost-po-kapi.pdf>
- RADONJIČ-MIHOLIČ, V. in STAROVASNIK ŽAGAVEC, B., 2011. Trenutek, ki spremeni življenje bolniku in njegovim svojcem. V: BOBNAR, A. in ŽVAN, B., ur. *Timska obravnava bolnikov z možgansko kapjo II*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, str. 105–114.
- STEINKE, W. in HENNERICI, M., 1998. Kap: zmanjšati tveganja – lajšati posledice. Logatec: Kele & Kele.

- STROJNIK, T., 2010. Možganskožilne bolezni-kirurško zdravljenje spontanah možganskih krvavitev. V: STROJNIK, T., ur. *Izbrana poglavja iz nevrokirurgije*. Maribor: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta.
- Stroke Recovery Association NSW, 2013. *Psychological effects*. [spletni vir]. [Datum dostopa 18. 7. 2016]. Dostopno na <http://www.stroksnsw.org.au/after-a-stroke/psychological-effects/>
- ŠELB ŠEMERL, J., 2006. Epidemiološki podatki o možganski kapi v Sloveniji. V: ŽVAN, B. in BOBNAR-NAJŽER, E., ur. *Spoznajmo in preprečimo možgansko kap*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, str. 38–43.
- ŠELB ŠEMERL, J. in NADRAG, P., 2010. Epidemiologija možganskožilnih bolezni. V: ŽVAN, B. in ZALETEL, M., ur. *Akutna možganska kap V*. Učbenik za zdravnike in zdravstvene delavce. Ljubljana: Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, str. 24–30.
- ŠVIGELJ, V., 2006a. Zdravljenje akutne ishemične možganske kapi z Altelektazo. V: ŠVIGELJ, V. in ŽVAN, B., ur. *Akutna možganska kap*. Učbenik za zdravnike in zdravstvene delavce. Ljubljana: Boehringer Ingelheim Pharma, Podružnica, str. 81–88.
- ŠVIGELJ, V., 2006b. Zdravljenje sveže možganske kapi s trombolizo. ŽVAN, B. in BOBNAR-NAJŽER, E., ur. *Spoznajmo in preprečimo možgansko kap*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, str. 108–113.
- ŠVIGELJ, V., 2011. *Kaj je možganska kap: Sumite na možgansko kap? Ukrepite takoj!* [spletni vir]. [Datum dostopa 18. 7. 2016]. Dostopno na http://www.viktorsvigelj.si/splosni_nasveti.php/mozganska_kap.html
- ŠVIGELJ, V. in VUJIČIĆ, S., 2011. Rehabilitacija bolnika po možganski kapi z vidika medicinske sestre. V: BOBNAR, A. in ŽVAN B., ur. *Timska obravnava bolnikov z možgansko kapjo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, str. 125.
- ŠVIGELJ, V. in ŽVAN, B., 2012. *Akutna možganska kap VII*: učbenik za zdravnike in zdravstvene delavce. Ljubljana: Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, str. 19.
- TETIČKOVIČ, E., 1993. Medicinska rehabilitacija bolnikov po ICV. V: ROGL, I., ur. *Obvarujmo se možganske kapi*. Maribor: Založba obzorja.
- TETIČKOVIČ, E. in MAGDIČ, J., 2006. Dejavniki tveganja za možgansko-žilne bolezni. V: ŽVAN, B. in BOBNAR-NAJŽER, E., ur. *Spoznajmo in preprečimo možgansko kap*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, str. 44–51.
- TURK, Z., 2002. *Fizikalna in rehabilitacija medicina: zgodnja rehabilitacija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, str. 60–61.
- ZALETEL – KRAGELJ, ERŽEN, I. in PREMIK, M., 2007. *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

ZALETEL, M., 2006a. Mehanizmi možgansko-žilnih bolezni. V: ŽVAN, B. in BOBNAR-NAJŽER, E., ur. *Spoznajmo in preprečimo možgansko kap*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, str. 27–31.

ZALETEL, M., 2006b. Nevrološki status pri bolniku z akutno možgansko kapjo. V: ŠVIGELJ, V. in ŽVAN, B., ur. *Akutna možganska kap*. Ljubljana: Aventis Pharama d. o. o., str. 39–48.

ŽVAN, B., 2012. *Vnovični možgansko-žilni ishemični dogodek je mogoče preprečiti*. [spletni vir]. [Datum dostopa 18. 7. 2016]. Dostopno na <http://www.sinapsa.org/eSinapsa/stevilke/2012-4/44/Vnovi%C4%8Dni-mo%C5%BEGansko-%C5%BEilni-ishemi%C4%8Dni-dogodek-je-mogo%C4%8De-prepre%C4%8Diti>

WEBB, M., SCOTT, R. in BEALE, P., 1998. *Prva pomoč*. Ljubljana: DZS.

WEXNER MEDICAL CENTER, 2013. *Effects of stroke*. The Ohio State University iz Ohio. [spletni vir]. [Datum dostopa 23. 7. 2016]. Dostop na http://wexnermedical.osu.edu/healthcare_services/stroke-effec

WOLF-MAIER, K., et al., 2003. *Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries*. Canada and United States.: *JAMA*, str. 289, 2363–2369.

POVZETEK

Možganska kap je življenjsko ogrožajoče stanje, ki posledično lahko povzroči trajne nevrološke okvare, zaplete in smrt. Možganska kap lahko v trenutku spremeni do tedaj zdravega človeka v invalida, ki je v vsakdanjih opravilih odvisen od tuje pomoči.

Namen diplomske naloge je bil s pomočjo pregleda literature predstaviti možgansko kap, dejavnike tveganja za nastanek bolezni in predstaviti zdravstveno-vzgojno delo diplomirane medicinske sestre pri pacientu po možganski kapi. Na podlagi študije primera smo predstavili način življenja pacienta po možganski kapi ter ugotovitve, s katerimi najpogostejšimi negovalnimi problemi se srečuje.

V okviru preučevanega področja in v skladu z zastavljenimi cilji smo hoteli odgovoriti na raziskovalni vprašanje, in sicer, ali je pacient po možganski kapi spremenil svoj način življenja, pozna dejavnike tveganja, ki vplivajo na nastanek možganske kapi, kateri so najpogostejši negovalni problemi pri pacientu, ki je prebolel možgansko kap.

Ugotovitve kažejo, da pacient pozna dejavnike tveganja, ki vplivajo na nastanek možganske kapi, vendar za spremembo načina življenja ni dovolj motiviran, saj ni prenehal s kajenjem, le zmanjšal je količino pokajenih cigaret, ima prekomerno telesno težo (debelost 1. stopnje). Uživa hitro pripravljeno, nezdravo hrano, s telesno aktivnostjo se ukvarja, vendar se hitro utruja.

Pri obravnavanem pacientu, ki je prebolel možgansko kap, so ključne naslednje negovalne diagnoze: pomanjkljiva skrb za zdravje zaradi bolezni, neuravnovešena prehrana, več kakor telo potrebuje (debelost 1. stopnje), utrujenost, spanje, motnje spanja, nevarnost padca, mobilnost, nepopolna mobilnost I. stopnje.

Ključne besede: možganska kap, dejavniki tveganja, zdravstvena vzgoja, rehabilitacija, medicinska sestra.

SUMMARY

Stroke is a life-threatening condition, which in the long turn can cause permanent neurological damage, complications and death. The first characteristic of a stroke is sudden, instantaneous condition. Stroke can change instantly from healthy person with a disability, in everyday tasks dependent on foreign aid.

The purpose and aim of the thesis was through review of presented stroke, risk factors for disease and present health-educational work of nurses in the patient after a stroke. Based on the case studies we presented the way of life of the patient after a stroke, and to the care of the most common problems encountered.

Within the studied area and in accordance to the objectives, following research questions were designed or a patient who suffered a stroke changed my way of life, or treated the patient knows the risk factors that affect stroke, which are the most common problems in the patient care that is stroke.

The findings suggest we found that the patient knows the risk factors that influence the formation of brain stroke, but for a change in lifestyle is not enough motivation, since it is not stopped smoking only reduce the amount of cigarettes smoked and overweight (obesity grade 1). Enjoys quickly prepared, unhealthy food, physical exercise is concerned, but quickly tired.

In the present patient, who experienced brain stroke, the key following nursing diagnoses: lack of health care due to illness; malnutrition, more than the body needs (obesity grade 1); fatigue; sleep, sleep disorders; the risk of falling; mobility, imperfect mobility of first instance.

Key words: brain stroke, risk factors, health education, rehabilitation, nurse.

ZAHVALA

Najprej bi se rada zahvalila svoji mentorici, mag. Ester Benko, pred., za vso pomoč, nasvete in usmeritve pri pisanju diplomske naloge.

Zahvaljujem se recenzentu, doc. dr. Davidu Ravniku, za recenzijo diplomskega dela.

Zahvaljujem se lektorici, Valentini Čremožnik, za lektoriranje diplomske naloge.

Zahvaljujem se svojim staršem, bratu, vsem prijateljicam in sodelavcem za vso pomoč, vzpodbudo in podporo med študijem ter pri pisanju diplomske naloge.

PRILOGA

IZJAVA O LEKTORIRANJU

Zaključno nalogo z naslovom

.....

.....

avtorja

(ime in priimek)

je lektoriral/a

(ime in priimek)

Podpis lektorja/ice zaključne naloge:

Podpis avtorja/ice zaključne naloge:

Kraj in datum: